



Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde

DISFUNÇÃO ERÉTIL MASCULINA E SEXUALIDADE

Flôr de Maria M. de Queiroz Lima

Brasília – 2003

Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Ciências Biológicas

DISFUNÇÃO ERÉTIL MASCULINA E SEXUALIDADE

Flôr de Maria M. de Queiroz Lima

Monografia apresentada como requisito
para a conclusão do curso de Biologia do
Centro Universitário de Brasília.

Orientação: Alexandre Lauand (Médico do Hospital Brasília)
Prof. Mestre Cláudio Henrique C. Silva (FACS-UniCEUB)

Brasília – 1º/2003

“Só é verdadeiramente grande aquele que, considerando a vida como uma viagem que deve conduzi-lo a um objetivo, faz pouco caso das asperezas do caminho e não se deixa jamais desviar um instante do caminho reto; o olhar sem cessar dirigido para o objetivo, pouco lhe importa que as sarças e os espinhos da senda lhe ameacem provocar arranhões; eles o roçam sem atingi-lo, e, por isso, não prossegue menos no curso”.

Adolfho

Dedico a

Francisca Teresa Machado de Queiroz Lima, que se fez mais do que irmã, indo além dos laços formais de família; tornando-se amiga e tutora, na jornada de Brasília, possibilitando assim, a nossa vitória longe da terra natal.

A Você, querida Teresa, pela realização deste sonho, ora materializado nesta obra, que carinhosamente lhe dedico.

Beijos e Abraço, Te Amo...

Agradecimentos

Na jornada da vida, o trabalho é movimento de redenção e inovação, que como lei natural, impulsiona o homem a progredir rumo a infinitude.

Compreendendo este mister, agradeço primeiramente a Deus, nosso Pai Eterno, pela minha existência e inspiração na realização dessa conquista e trabalho.

A minha família pelas lições de vida e esforços sentimentais e materiais despendidos para que alcançasse esse objetivo.

A meus pais amáveis João e Alzira e aos meus irmãos Mano, Teresa e Ceíça, pelo convívio, alegrias e por que não dizer tristezas, que nos fizeram crescer, tornando-me melhor. A tia Zezé. Aos meus sobrinhos Iasmyn, Isaurinha, Daniel Filho, Daiane, que a tia ama muito. Aos meus cunhados Daniel, e em especial ao William Romão e a Socorro, por toda dedicação, consideração e carinho que me dedicam, obrigada por tudo!!!

Às amigas de faculdade: Carolina, Danielle, Renata, Rosana, Fernanda, Myrna, que se fizeram família nessa minha jornada de Brasília, animando-me a continuar a empreitada dos desafios assumidos, e, que passaram a fazer parte de mim, tornando-se inesquecíveis.

Aos amigos, companheiros, conselheiros quase irmãos não, irmãos! Luciana Aparecida (Idealizadora do Tema), Prof^o Clovis, Gildo Tomé, Batista, Leninha, Pricila, Sebastião Anerzino, Márcia Andréa, Antelius (in memória), Júlio César, D. Rita, Alexandra, Jorge, Márcia a doce Ana Clara, Sr. Moacir, D. Helena, Moacir JR.,.

Aos familiares de consideração, Tia Guiomar, aos padrinhos Penha e Janice, que me incentivaram no início de minha graduação, a Vanda, Cecília, Domingos, Karolinn e a Evellyn que a tia ama...

A todos vocês, que me ajudaram e torceram por meu sucesso.

Aos professores, Marta, Cristina, Hosana, Betinha, Nasser, Cláudio, Getúlio Brasil, Roque, Marcos Wilson, a vocês que disponibilizaram seu tempo, conhecimentos e sentimentos a esta, muitas vezes inquieta aluna, dando-me lições de sabedoria e vontade; sem os quais o trabalho realizado não seria possível.

Aos médicos, Dr. Ricardo Cabral e Dr. Alexandre Lauand, pelas suas estimáveis orientações e colaborações na realização deste trabalho, me fazendo vencer as resistências externas e os próprios medos.

A todos, meu muito obrigado, lembrando que amo vocês.

RESUMO

O objetivo inicial do diagnóstico é distinguir a Disfunção Erétil (DE) de origem psicogênica, orgânica ou mista, identificar outras disfunções sexuais, dando enfoque também à sexualidade humana que é um fenômeno complexo no qual estão presentes fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. As informações sobre a situação sexual, psicossocial e médica, fornece ainda, dados sobre fatores de risco, como: hipertensão arterial, tabagismo, drogas, medicamentos, diabetes, doença arterial coronária, distúrbios vasculares periféricos, operações e traumas perineais ou pélvicos. A história sexual, incluindo relatos sobre qualidade, frequência e duração das ereções, assim como alterações da libido, orgasmo e ejaculação, é fundamental nessa análise. Como fatores psicossocial, é questionado o relacionamento pessoal com a(o) parceira(o), problemas profissionais, sociais e financeiros e uso de drogas, além de tratamentos de alterações mentais, sobretudo no plano afetivo.

Palavras-chave: Disfunção erétil; Sexualidade; Psicogênica; Fisiopatologia; Anamnese.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1- Introdução | 6 |
| 2- Anatomia e Fisiologia do Sistema Genital Masculino | 7 |
| 2.1- Fisiopatologia da Ereção | 9 |
| 3- Disfunção Erétil Masculina e Sexualidade | 10 |
| 3.1- Tipos de Disfunção Erétil..... | 12 |
| 3.2- Diagnóstico..... | 20 |
| 3.3 – Causas de Risco na Disfunção Erétil (DE) | 21 |
| 3.4 – Estratégias de prevenção..... | 24 |
| 4 – Disfunção Erétil Psicogênica | 24 |
| 5 – Conclusão | 27 |
| 6 – Referências Bibliográficas | 28 |

1-INTRODUÇÃO

Poucos mecanismos biológicos são tão fortes, quanto o impulso para a reprodução. A reprodução humana é realizada sexualmente, através da união de óvulo e espermatozóide, células conhecidas como gametas. As gônadas, ovários na mulher e testículos no homem, são os órgãos reprodutores primários, responsáveis pela produção desses. Um óvulo ou um espermatozóide maduro contém 23 cromossomos, na união de ambos, o óvulo fertilizado passa a conter 46 cromossomos, o mesmo número que as células humanas apresentam. Através dessa junção ocorre a recombinação do DNA, responsável pela variabilidade genética, que é importante para o processo evolutivo.

A reprodução sexuada envolve a cópula ou coito, onde órgãos dos tratos genitais masculino vão favorecer, através da ejaculação, que os gametas se encontrem para promover uma fecundação. A ereção masculina é particularmente importante para a cópula, uma vez que o pênis torna-se rígido permitindo sua penetração na vagina.

O comportamento sexual está intimamente relacionado ao comportamento reprodutivo, ou seja, suas funções estão interligadas. Embora nem todo comportamento sexual resulte em reprodução, não há necessidade de desunir ambos, sendo eles estudados em conjunto. Esse comportamento é motivado, como são os comportamentos alimentar e emocional, e envolve alguns mecanismos neurais em comum. Entretanto, é diferente desses últimos na medida em que envolve dois indivíduos que se relacionam e que sentem necessidades e desejos que ultrapassam a simples liberação fisiológica da tensão sexual. Portanto, é influenciado por inúmeros fatores não biológicos.

Existem várias causas para um homem não conseguir ter ou manter uma relação sexual que seja satisfatória para um ou ambos os parceiros. Esta incapacidade pode ser causada por diversos fatores orgânicos ou psicológicos. Um desses fatores é a Disfunção Erétil (DE), termo médico atualmente mais aceito para definir Impotência, que é a incapacidade de se obter ou manter uma ereção satisfatória para levar a cabo o ato sexual. Dessa maneira, fica claro que a DE é um sintoma de que alguma coisa não anda bem, desde a existência de um alto grau de ansiedade até a ingestão de medicamentos inadequada, passando por alterações neurológicas, vasculares ou mesmo da própria estrutura peniana.

Este trabalho tem como objetivos caracterizar os vários tipos de Disfunção Erétil (DE), os Distúrbios da Ejaculação, a Doença de Peyronie (DP), e o Priapismo, bem como, seus fatores de risco, a prevenção, o diagnóstico, dando enfoque na sexualidade.

2- ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA GENITAL MASCULINO

A resposta sexual humana é uma sucessão altamente racional e ordenada de ocorrências fisiológicas, cujo objetivo é preparar os corpos de 2 parceiros para a união reprodutora. Para que o ato da relação sexual seja bem sucedido, os órgãos genitais de cada parceiro devem sofrer transformações profundas do seu estado normal, na forma e na função (*Netto Jr. 1986*).

As transformações fisiológicas ocorrem em ambos os sexos, com a finalidade de preparar para o ato sexual a pessoa ainda não excitada. Essas transformações não se limitam à área genital. O processo de excitação provoca reações vasculares, musculares, neurológicas e hormonais que afetam, com níveis diferentes de intensidade, o funcionamento de todo o corpo.

Para desempenhar seu papel, o sistema genital masculino executa três funções: produz, nutre e transporta os espermatozoides. Sendo também responsável, pela secreção de hormônios e deposição dos espermatozoides no trato genital feminino.

Os testículos são as gônadas masculinas, que desempenham duas funções: a produção de espermatozoides e a secreção do hormônio masculino, a testosterona. Os dois testículos apresentam uma forma oval e se localizam fora da cavidade abdominal, contidos em uma estrutura em forma de bolsa, denominada escroto.

Cada testículo é envolvido por uma resistente cápsula de tecido conjuntivo fibroso, a túnica albugínea. O interior dos testículos é dividido em aproximadamente 250 pequenas unidades, os lóbulos, cada um contendo túbulos seminíferos e células intersticiais. Os túbulos seminíferos espiralados e compactados produzem os espermatozoides. As células intersticiais situam-se entre os túbulos seminíferos e produzem os hormônios masculinos chamados andrógenos. O andrógeno mais importante é a testosterona. Assim, os testículos produzem tanto esperma quanto testosterona.

As vias condutoras de gametas incluem um par de epidídimos, um par de ductos deferentes, um par de ductos ejaculatórios e uma uretra. O epidídimo mede em torno de

seis metros de comprimento, é densamente enovelado e está localizado sobre as faces superior e posterior do testículo. Enquanto os espermatozóides estão no epidídimo, eles amadurecem, ganham mobilidade e tornam-se férteis. As paredes do epidídimo contraem-se e empurram os espermatozóides para a estrutura seguinte, o ducto deferente.

O ducto deferente é a continuação do epidídimo. Contido no funículo espermático, ele possui trajeto ascendente e penetra no interior da cavidade abdominopélvica, atravessando o canal inguinal (na virilha). Ao percorrer a cavidade pélvica, o ducto deferente curva-se acima da bexiga urinária e une-se ao ducto da vesícula seminal, para formar o ducto ejaculatório. Os ductos ejaculatórios direito e esquerdos penetram na próstata, e desembocam em um ducto ímpar e mediano, a uretra. Esta se estende desde a base da bexiga urinária até a glândula do pênis. A uretra masculina pertence aos sistemas genital e urinário. Assim ela conduz a urina (proveniente da bexiga urinária) e o sêmen, desde os ductos ejaculatórios até o meio externo. Embora tenha dupla função, a uretra só pode realizar uma de cada vez, isto é, ela permite a passagem de urina ou sêmen, nunca ambos simultaneamente.

Diversas secreções são adicionadas aos espermatozóides à medida que eles progridem pelas vias condutoras. Essas secreções provêm de três glândulas: glândulas seminais, próstata e glândulas bulbouretrais.

As glândulas seminais estão localizadas atrás e sob a bexiga urinária e secretam um líquido nutritivo, o fluido seminal, que nutrem e ativam os espermatozóides no percurso dos ductos.

A próstata, uma glândula com a forma aproximada de uma noz envolve a uretra prostática abaixo da bexiga. Secrete uma substância com as funções de aumentar a mobilidade dos espermatozóides e de neutralizar o ambiente ácido da vagina protegendo-os na ocasião da entrada no corpo feminino.

As pequenas glândulas bulbouretrais produzem um muco que é lançado na uretra esponjosa. Esse muco serve como lubrificante durante o ato sexual.

Os órgãos genitais externos masculinos consistem em escroto e pênis. O escroto é uma bolsa de pele suspensa e que contém os testículos. Sua constituição proporciona ao testículo uma temperatura inferior a temperatura corpórea.

O pênis tem como funções, conduzir a urina para o meio externo e atuar como órgão de cópula, depositando os espermatozóides no trato genital feminino. O corpo do pênis contém três colunas de tecido erétil, os corpos cavernosos e o corpo esponjoso. Este

último apresenta uma extremidade anterior dilatada, a glândula do pênis, por onde a uretra se abre no meio externo. A pele livre que recobre o pênis se estende inferiormente e forma uma bainha ao redor da glândula chamada de prepúcio.

A uretra se estende ao longo do pênis e é envolvida por uma das colunas de tecido erétil esponjoso que formam o pênis, o corpo esponjoso. Quando o homem é estimulado sexualmente, a parte parassimpática do sistema nervoso autônomo atua promovendo a dilatação das artérias do pênis e preenchendo os tecidos eréteis com sangue. O acúmulo de sangue nos tecidos eréteis determina o aumento do tamanho do pênis, tornando-o rígido. Esse processo é conhecido como ereção, que torna o pênis capaz de penetrar no trato genital feminino. Por diversas razões, o homem pode ser incapaz de alcançar a ereção, uma condição denominada disfunção erétil (Herlihy & Maebius 2002).

2.1- FISIOPATOLOGIA DA EREÇÃO

Na última década muito se avançou no conhecimento da fisiologia da ereção, o que propiciou um grande avanço na terapêutica da DE.

A ereção é um fenômeno neurovascular e mediada periféricamente principalmente pelas raízes parassimpáticas S2-S3-S4. A irrigação arterial do pênis é feita pela artéria peniana, última ramo da artéria hipogástrica, que se divide em três ramos: artéria bulbar (irriga a uretra e o corpo esponjoso), dorsal (irriga a glândula e os tegumentos superficiais) e cavernosa, que é a responsável pela ereção.

Os corpos cavernosos são duas estruturas cilíndricas, colocadas superiormente ao corpo esponjoso, e vão desde o ísqüio até o terço distal da glândula. São revestidas pela túnica albugínea, que é rica em fibras elásticas e distende-se aumentando de tamanho 3 ou 4 vezes, quando então se torna não-distensível. Internamente, os corpos cavernosos são compostos por um tecido sinusoidal, que lembra uma esponja, formado de espaços vasculares revestidos de endotélio e músculo liso.

A transformação do pênis do estado flácido para rígido inicia-se pelo relaxamento da musculatura lisa das trabéculas sinusoidais seguindo por aumento do fluxo arterial peniano. O sangue arterial passa a encher os espaços sinusoidais, que vão distendendo-se; conseqüentemente, ocorre o aumento do volume peniano. Quando a distensão da túnica albugínea atinge o máximo, a continuação do enchimento e da dilatação dos espaços sinusoidais leva à compressão dos plexos venosos, que estão abaixo da túnica albugínea, à redução da drenagem venosa, ao aumento da pressão intracavernosa e à rigidez peniana.

O pênis é mantido no estado flácido por estímulo simpático, não estando definido ainda o neurotransmissor responsável. Entretanto, isso explica a associação entre DE e os estados de ansiedade. Provavelmente mais de uma substância deve agir no fenômeno de ereção. No momento, reconhecem-se a prostaglandina E1 (PGE1) e o óxido nítrico como os neurotransmissores da ereção. Mas, provavelmente, outras substâncias devem colaborar, entre elas o polipeptídeo intestinal (VIP). A PGE1 age por meio da liberação de AMP-cíclico; e o óxido nítrico age estimulando a produção de GMP-cíclico; ambos são os responsáveis pelo relaxamento muscular. Os níveis de GMPc são regulados pela enzima fosfodiesterase tipo 5, que pode ser artificialmente inibida, aumentando os níveis de GMPc e conseqüente manutenção do relaxamento sinusoidal, facilitando a ocorrência de ereção (Netto Jr. & Wroclawski 2000).

3- DISFUNÇÃO ERÉTIL MASCULINA E SEXUALIDADE

A disfunção erétil é um problema que costuma afetar a qualidade de vida de um grande número de casais. É definida como incapacidade de se obter ou manter uma ereção peniana adequada para penetração vaginal, sendo uma das inadequações que afetam a sexualidade masculina; dentre as outras se destacam a ejaculação precoce e a inibição do desejo sexual ou perda da libido (Glina 1985). Mesmo não sendo uma ameaça à vida, essa disfunção sexual não deve ser considerada uma desordem benigna, uma vez, que influencia negativamente o relacionamento interpessoal (Krane et al. 1989).

Através de estudos científicos avançou-se muito no entendimento da fisiologia da ereção, facilitando a terapêutica da disfunção erétil. No entanto, o impacto emocional provocado pela disfunção erétil no homem é algo depressivo, haja vista, que afeta a sua auto-estima, pois em tese a mesma está relacionada à sua masculinidade, isto é, sua potencialidade sexual ou eretiva.

Na sociedade em que vivemos há excessiva valorização do poder de conquista dos homens, onde esse fato está também voltado para a sua sexualidade, e o mesmo não tendo essa desenvoltura devido a problemática da disfunção erétil acarretará uma série de conflitos, como ansiedade, depressão, medo, dentre outros. Na perspectiva de buscar o alívio para esse problema, o indivíduo, muitas vezes recorre ao uso de bebidas alcoólicas, de tranqüilizantes, enfim, em atitudes que proporcionarão um falso estado de tranqüilidade,

mas que na verdade estão agravando os problemas sexuais. Ressalta-se ainda que muitas vezes devido a falta de orientação sexual na adolescência favorece o surgimento de padrões de conduta estereotipados principalmente nos homens, que utilizam o sexo muito mais como elemento de auto-afirmação que de interação psico-afetiva.

Partindo desse entendimento a orientação sexual procura dar compreensão ao papel sexual do indivíduo, representando importante etapa no processo de luta por sua identidade, pois é uma possibilidade de encontro e realização. Mesmo com os avanços que vêm passando nossa sociedade, ainda hoje existe um tabu muito grande no que diz respeito a questão da sexualidade. Percebe-se esse fato por quase nunca haver diálogos entre as famílias a respeito dessa questão; as escolas não dão subsídios necessários para que o indivíduo tenha clareza dessa problemática e nem mesmo a sociedade, de uma maneira geral, contribui para que a pessoa desenvolva plenamente sua vida sexual sem medo e sem preconceitos. A falta de informação leva as pessoas a buscarem falsos conhecimentos que deturpam o verdadeiro sentido do sexo.

Durante as décadas de 60 e 70 houve toda uma modificação de costumes, onde foram refletidas questões como: tabu de virgindade, início da atividade sexual mais cedo, ou seja, a chamada liberação de costumes, mas a sociedade, de uma maneira geral, não está suficientemente preparada para aceitar tais questões, de maneira aberta, devido a valores vigentes. Por outro lado, existe toda uma estimulação do sexo pelos meios de comunicação de massa. Basta que se ligue a televisão para se observar que é utilizado como instrumento comercial. O conceito de sexualidade que resulta dessa ideologia é que pode prejudicar todo desenvolvimento do indivíduo. Ressalta-se ainda o papel da família na educação sexual do indivíduo.

Sabe-se que desde os primórdios dos tempos, o homem organiza o funcionamento das sociedades, onde a família está inserida. Durante algum tempo a família foi definida como “célula básica da sociedade”, sendo primazia do Estado, assegurando sua estabilidade, desenvolvendo a promoção no qual a muralha do civismo era o centro doméstico.

Tal premissa é constatada por intermédio de pensadores até meados do século XIX, que viram na família a sociedade inicial, célula elementar do edifício social subsequente, demonstrando que o seio familiar era estruturado mais em função do Estado do que da pessoa humana. Com a evolução dos aparelhos administrativos do Estado moderno, essa situação sofre mudança, a família deixa de ser elo natural entre indivíduo e coletividade,

dando lugar aos sindicatos, autarquias, organizações e coletividade anônima. Dessa forma a célula familiar cada vez mais, perde sua importância, sendo trocada por novos instrumentos de socialização, aceitando-se o veredito de Helmut Schesky, a família perdeu em nossa sociedade burocratizada sua significação como base no Estado.

Todavia, a família é habitualmente uma réplica miniaturizada da sociedade, com um governo constituído pelo pai e uma população constituída pelos filhos. Assim a chamada autoridade intermediária é representada pela mãe, que se encontra dividida entre a área governamental e subordinados (*Bernardi 1985*). A família na maioria dos casos procura impor na personalidade dos filhos umas estruturas psíquicas, aprovadas pela sociedade. É imposto à criança e ao adolescente uma série de normas, modelos de comportamento como guia de vida.

Com relação a orientação sexual cabe a família dar as principais orientações mas na maioria dos casos isso não acontece e quando existe, segue duas funções fundamentais, a primeira; de impor a própria autoridade de governar o exercício da sexualidade dos filhos; a segunda; de apresentar-se como modelo ideal de comportamento sexual.

Mas existem pais que não dão o devido esclarecimento sobre sexualidade, por não estarem preparados para discutir, livres de preconceitos que persistem por conta da própria educação que recebeu.

A orientação sexual ocorre desde que a criança nasce, através de todas as ações que presencia ou que é sujeita, mesmo que os pais ou outros não tenham consciência de que estejam educando. Serão essas ações, na maioria indiretas que determinarão no indivíduo a vivência psíquica e prática de sua sexualidade. Essa é uma responsabilidade que cabe aos pais e a eles a exercerem quer queiram ou não. Advertir sobre os “perigos” do sexo, não ajuda a criança, somente transmite ansiedade e medo (*Suplicy 1986*).

O desconhecimento do próprio corpo e de seus potenciais prazerosos contribui para o surgimento de medos irracionais que impedem a exploração sadia da sexualidade.

3.1- TIPOS DE DISFUNÇÃO ERÉTIL

Dentre as disfunções sexuais, os distúrbios mais comuns se apresentam como: impotência; distúrbios da ejaculação; doença de Peyronie e priapismo.

a) Disfunção Erétil: o termo impotência, de significado inespecífico e com conotação negativa, foi substituído por um mais preciso: disfunção erétil (DE), caracteriza-se pelo distúrbio sexual em que, apesar do desejo em consegui-lo não há ereção suficiente

para introdução do pênis em uma vagina normal. A disfunção erétil é classificada em: **primária, secundária, absoluta, específica ou situacional.**

Primária, quando o homem nunca foi capaz de manter uma ereção qualitativamente suficiente para realizar uma interação através da relação sexual; sua ereção pode ocorrer parcialmente, mas a seguir se desfaz. A etiologia é múltipla, em grande parte causada pela ansiedade, antes das primeiras tentativas de relação sexual ou durante elas. Influências maternas inconvenientes, restrições psicossociais oriundas de ortodoxia religiosa, envolvimento em atividades ou conflitos homossexuais, constituem os principais responsáveis por essa disfunção erétil. **Secundária**, quando ocorre pelo menos uma relação sexual bem sucedida. Muitas centenas de relações podem ser perfeitamente realizadas antes do início da DE secundária. A incapacidade de conseguir ou manter uma ereção satisfatória para a relação ocorre normalmente em situação de fadiga ou agitação. A secundária é cerca de dez vezes mais comum que a primária. Para a maior parte dos homens, ela representará um problema transitório; no entanto para muitos ela será mais persistente e problemática. **Absoluta**, não acontece ereção em nenhuma circunstância. Existe também a **Específica ou Situacional**, frente a determinadas situações, ou parceiros que não o habitual, ou ao contrário, quando somente com parceiros conhecidos (*Netto Júnior 1986*).

Importa ainda determinar com quem, em que lugar e em que condições, ocorreram o fenômeno pela primeira vez e qual foi a evolução posterior. Finalmente, não se pode descuidar do exame físico e exigir os exames complementares que pareçam indicados. Com respeito à etiologia, a disfunção erétil pode ser de origem: Psicogênico, Orgânico, Misto (orgânico e psicogênico).

Dentro do grupo orgânico, a fisiopatologia permite classificar a disfunção erétil em vascular (arterial), endócrina, neurogênica, tecidual e medicamentosa: **Arterial** – as alterações hemodinâmicas determinadas por obstruções arteriais crônicas ou traumáticas promovem a diminuição do aporte sanguíneo aos sinusóides dos corpos cavernosos, podendo reduzir de forma significativa a qualidade da ereção. **Neurogênica** – como a ereção peniana é um evento neurovascular, qualquer doença ou disfunção que afete o cérebro, medula espinhal ou a inervação periférica do pênis pode induzir disfunção erétil (*Andersson et al. 2001*). **Endócrina** – hormônios modulam não só a libido como também a ereção peniana. O hipogonadismo, a hiperprolactinemia e distúrbios no perfil hormonal tireoidiano podem interferir negativamente na ereção. **Tecidual** – o aumento de fibras

colágenas e a diminuição de fibras elásticas e do percentual de fibras musculares lisas dos corpos cavernosos, que podem ocorrer com o processo de envelhecimento e em doenças degenerativas, explicam a fisiopatologia da disfunção erétil denominada “disfunção venoclusiva”. **Medicamentosa** – efeitos secundários provocados por medicamentos podem promover distúrbios da libido, disfunções ejaculatórias e disfunção erétil. Os medicamentos de ação sobre o sistema nervoso central, como ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, são freqüentemente relacionados com piora da função erétil. Algumas classes de anti-hipertensivos, sobretudo diuréticos e certos betabloqueadores, e diversas drogas com atividade antiandrogênica podem atuar também de forma negativa na qualidade da ereção peniana (*Lue T et al. 2001*).

b) Distúrbios da Ejaculação:

Na abordagem deste tema complexo, deve-se entender que a ereção, a ejaculação e o orgasmo são eventos ainda não completamente esclarecidos. Apesar de ocorrerem em seqüência, são fisiologicamente independentes. Sendo **ejaculação**, um conjunto de fenômenos neuromusculares que permitem a progressão do sêmem e sua expulsão pelo meato uretral na fase final da resposta sexual masculina (*Arrondo JL 1996*). A ejaculação é sabidamente apresentada em duas fases: a emissão e a expulsão (ou ejaculação propriamente dita), que na maioria das vezes, coincide com o orgasmo.

Os distúrbios da ejaculação mais freqüentemente encontrados são: **anejaculação, ejaculação retrógrada, ejaculação retardada, ejaculação precoce**.

As causas podem ser divididas em dois grupos: **orgânicas** (congenitas e adquiridas) e **psicológicas**.

Na **anejaculação**, estão presentes sensações orgásmicas normais, sem expulsão do sêmem. Essa síndrome sobrevém quando o sêmem não é produzido ou quando os canais que conduzem o fluido seminal do testículo ao pênis estão ocluídos. **Ejaculação retrógrada** ou **retroejaculação** apresenta causas que podem estar relacionadas com os seguintes aspectos: idiopáticos, anormalidades estruturais do colo da bexiga, diabetes e outras endocrinopatias. **Ejaculação retardada** é mais rara, e quando ocorre, o paciente relata, após qualquer penetração (vaginal, oral e anal), uma dificuldade enorme de ejacular, o que prejudica a vivência do prazer. Pode ser verificada nas seguintes condições: dificuldade do homem em se envolver e entregar-se afetivamente na relação a dois; uso de medicamentos (antidepressivos, ansiolíticos, barbitúricos e drogas: álcool, maconha e cocaína); conflitos homossexuais. **Ejaculação precoce** é o distúrbio de fundo psicológico

mais comum. Corresponde a uma ejaculação persistente ou recorrente, com estimulação sexual mínima, antes, durante ou logo após a penetração, antes que o indivíduo o deseje. Para fazer o diagnóstico correto, deve-se levar em consideração os fatores que afetam a duração da fase de excitação: idade, nova parceria ou situação sexual inadequada e frequência da atividade sexual recente.

O distúrbio pode ser de causa **primária**, quando acontece desde os primeiros relacionamentos sexuais, ou **secundário**, quando aparece no decorrer da vida sexual, após um período satisfatório de atividade. (Arrondo JL 1996). A Organização Mundial de Saúde não estabelece padronização do critério **tempo**. Tal fato dificulta muito a conceituação do que seja **precoce**. Por isso, o tema se torna subjetivo, sujeito a influências tanto da mídia como da cultura.

A queixa da ejaculação precoce pelo paciente aparece com grande frequência na situação de penetração vaginal, sendo pouco detectada em situações de sexo oral e anal. Na masturbação solitária é raramente observada. É também necessário identificar os conflitos do paciente e suas repercussões, além dos comportamentos sexuais do parceiro, que pode apresentar ou não disfunções sexuais e fatores agravantes como: inibição do desejo, anorgasmia, compulsão sexual, dispareunia, vaginismo, parafilias.

Uma avaliação psicológica necessária, é identificar precisamente a fase da resposta sexual humana que está comprometida, pois o distúrbio ejaculatório pode estar eventualmente associado a outra disfunção sexual. O fator ansiedade está sempre presente. Às vezes é difícil a sua identificação em decorrência da multiplicidade de fatores envolvidos, como, por exemplo: iniciação sexual inadequada, uso de fantasias sexuais, discórdias conjugais, parcerias altamente competitivas.

Fatores desencadeantes: **Fatores psicossociais**, o aspecto psicológico da avaliação deve levar sempre em conta os fatores sociais que podem interferir na atividade sexual, contribuindo como fatores desencadeantes e, em algumas ocasiões, como fatores etiológicos de distúrbios ejaculatórios: desemprego, dificuldades econômicas, dependência de drogas. **Quadros psicopatológicos concomitantes**, a avaliação psicológica deve pesquisar a existência de psicoses, psicopatias e neuroses do tipo ansioso, depressivo, fóbica, obsessiva e outras.

Orientação Terapêutica - os tratamentos dos distúrbios ejaculatórios precoces são: **terapia medicamentosa** (amitriptilina, fluoxetina, sertralina, trazodone, paroxetina), sendo as doses tituladas conforme o nível de resposta e de excitação pelos pacientes;

drogas facilitadoras da ereção (o uso de sildenafil pode ser indicado na ejaculação precoce quando ocorrer simultaneamente distúrbios de ereção; as drogas vasoativas intracavernosas não são recomendadas em pacientes com ejaculação precoce exclusiva); **terapia psicológica** (o processo psicoterapêutico prevê a prescrição de várias técnicas, como: comportamental, cognitiva e outras técnicas psicoterápicas que visem à superação do problema; **terapia sexual**, é considerada a mais apropriada e tem como princípio básico a intervenção: fornecer informações básicas sobre sexualidade, reeducando tanto o paciente como a parceira; reduzir os focos de ansiedade associados às interações afetivas ou relacionadas à atividade sexual; propor mudanças no comportamento sexual individual e/ou do casal, estimulando a mais ampla comunicação e melhoria na qualidade de vida; **tratamento medicamentoso tópico** (o uso de substâncias anestésicas é ineficiente e contra- indicado em decorrência da redução da sensibilidade da glândula, com risco de falha de ereção e, pelo contato sexual, provocar redução da excitação e do orgasmo feminino; **tratamento cirúrgico** (a cirurgia de neurotripsia é contra-indicada para ejaculação precoce, como também a de implantação de prótese peniana, pois trata-se de procedimentos experimentais (*I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil 1998*).

c) Doença de Peyronie, (DP) corresponde à presença de placas fibrosas na túnica albugínea dos corpos cavernosos. As placas têm tamanhos e localizações diversas, desde mínimas e, portanto de difícil percepção, até grandes e múltiplas, que comprometem quase toda a túnica albugínea. Diferentemente das cicatrizes habituais encontradas na túnica albugínea de indivíduos sem Doença de Peyronie (*Somers & Dawson 1997*), as placas são: formadas por tecidos conectivo colágeno denso, calcificadas em um terço dos casos (*Gelbard 1988*), com grandes quantidades de colágeno tipo III (*Ehrlich 1997*), com fibras elásticas fragmentadas e reduzidas. Acredita-se que a Doença de Peyronie seja conseqüente a microtraumas durante o ato sexual (*Devine et al., 1997*), durante as ereções penianas noturnas ou traumas diretos em indivíduos predispostos. Rupturas microvasculares resultam em hemorragias, depósito de fibrina e atração de neutrófilos e macrófagos, dando início ao processo inflamatório (*Diegelmann & Van de Water 1997*). A Doença de Peyronie também tem sido associada a: contratura facial plantar, timpanoesclerose, diabetes, gota, doença de Paget, uso de betabloqueadores, contratura de Dupuytren, alguns subtipos de HLA (*Graziottin TM et al. 2001*). Entretanto, a maioria dos casos ocorre sem a presença das condições mencionadas e a concomitância delas pode ser conseqüência do acaso.

Na história natural, a doença caracteriza-se na fase aguda por: dor, ereções dolorosas, curvatura peniana durante a ereção, placa palpável ao exame físico. A dor desaparece em um período máximo de 12 a 18 meses e pode ocorrer regressão espontânea, parcial ou completa (*Williams JL & Thomas GG 1968*). Nos pacientes que permanecem com a placa, pode haver curvatura durante a ereção. As placas podem ser únicas ou múltiplas, acometendo mais frequentemente a região dorsal do pênis. Quando afeta a circunferência peniana, causa deformidade em tipo de ampolheta. A DP é acompanhada de disfunção sexual quando a curvatura exagerada dificulta a penetração ou quando se associa a disfunção erétil.

A orientação diagnóstica da DP é feita pelo exame físico do pênis, quando são encontradas placas fibrosas na túnica albugínea. A tração leve facilita o encontro de pequenas lesões. No diagnóstico diferencial das curvaturas penianas devem ser incluídas: as curvaturas penianas congênitas, trombose da veia dorsal do pênis, metástases tumorais, fibrose dos corpos cavernosos secundária a traumas ou infiltração leucêmica.

O tratamento clínico com drogas sistêmicas é preferencialmente empregado na doença em fase precoce. Deve-se eleger um tratamento medicamentoso sistêmico com baixo risco de efeitos adversos até que estudos controlados demonstrem a vantagem de uma conduta mais efetiva na DP (*Lue TF et al., 2000*). Diversos são os tratamentos propostos: **tratamento medicamentoso oral** - Vitamina E-alfatocoferol, Aminobenzoato de potássio-Potaba, Tamoxifeno, Colchicina (*Teloken C et al., 1999*); **tratamento intralesional** - Corticosteróides, Verapamil, que pode atuar nos casos de dor, não quer cirurgia, placa não calcificada, curvatura peniana inferior a 90 graus. Um estudo relata melhora da dor, na qualidade das ereções e diminuição da placa, mas não da curvatura peniana (*Rehman J 1998*); **Interferons** - normalizam in vitro a atividade anormal de fibroblastos em pacientes com DP, reduzindo a produção de colágeno e aumentando a collagenase (*Duncan MR 1991*). Estudos com interferon alfa-2b mostram resultados pobres, associados com alguns efeitos adversos, como febre, mialgias e sintomas semelhantes à gripe (*Wegner HE 1995*); **Aplicação de ondas de choque na placa** - tem sido utilizada para tratar um limitado número de pacientes, sem resultados convincentes (*Abdel-Salam Y et al., 1999*). Na falha desses procedimentos estará indicada a cirurgia, que poderá consistir na retirada das placas e posteriormente colocação de enxertos, bem como, segundo alguns, precedida pela colocação de prótese peniana.

A Doença de Peyronie não é rara. A Anamnese e o exame físico são suficientes para seus diagnósticos. O tratamento clínico é a primeira opção para os indivíduos sintomáticos, com ereção preservada e doença não-estável. O tratamento cirúrgico está reservado para pacientes com deformidades penianas que impedem o coito.

d) Priapismo, é a presença de ereção persistente, normalmente nos corpos cavernosos, dolorosos, não acompanhados de desejo sexual.

Pode ser causada por: **leucemia, anemia falciforme, doença do sistema nervoso central**, após **farmacoereção**, bem como em consequência de causas **idiopáticas** (*Netto JR & Wroclowski 2000*).

Tipos de Priapismo: **Priapismo de baixo fluxo** (isquêmico), é o tipo mais freqüente, de múltiplas causas, e está associado a diminuição do retorno venoso, com estase vascular, determinando hipoxia tecidual e acidose. É usualmente doloroso devido a isquemia tecidual. Quando aspirado, o sangue dos corpos cavernosos tem coloração escura. **Priapismo de alto fluxo** (não-isquêmico), é menos comum e caracteriza-se pelo aumento do fluxo arterial, na presença de retorno venoso normal, com elevação da pressão parcial de oxigênio. É indolor. O sangue quando aspirado, é de coloração vermelho-viva (*Melman, 2000*). Incidência, a ocorrência de priapismo é baixa: 1,5 por 100 mil habitantes por ano. Em homens acima de 40 anos, a incidência aumenta para 2,9 por cem mil indivíduos/ano (*Eland IA & Van 2001*). A incidência maior de casos ocorre devido à utilização mais freqüente de drogas injetáveis no diagnóstico e tratamento da disfunção erétil e no uso indiscriminado de drogas ilícitas, a exemplo da cocaína.

Etiologia: **o priapismo de baixo fluxo** é causado mais freqüentemente por: vasodilatadores intracavernosos usados no diagnóstico e tratamento da disfunção erétil; alterações hematológicas como anemia falciforme e leucemia; indução por psicofármacos; miscelânea: agentes anestésicos, abscesso de corpo cavernoso, tumores infiltrativos do pênis, uso de nutrição parenteral e drogas ilícitas; formas idiopáticas (*Tejada IS 1997*). **O priapismo de alto fluxo** é causado, na maioria das vezes, por trauma perineal ou peniano, embora, em raras ocasiões, possa ser idiopático (*Melman A et al., 2000*).

Fisiopatologia: **o priapismo de baixo fluxo** é considerado uma falha do mecanismo de detumescência, e pode ser devido a: liberação anormal de neurotransmissores; obstrução de pequenos vasos de drenagem. **O priapismo de alto fluxo** resulta do fluxo arterial não-controlado para os espaços lacunares, decorrentes da fistula artério-lacunar. Essa fistula geralmente decorre de trauma perineal ou peniano (*Goldstein 1994*).

Conduta diagnóstica: os dados de história clínica, exame físico, avaliação metabólica e estudo hemodinâmico do pênis possibilitam a diferenciação entre o priapismo de baixo e alto fluxo, o que permite escolher a opção correta de tratamento. Algumas dificuldades, no entanto, podem surgir em casos de priapismo crônico ou agudo intermitente. O estudo metabólico é realizado através da gasometria do sangue aspirado do corpo cavernoso. A gasometria cavernosa com pressão parcial de oxigênio abaixo de 40mmHg é indicativa de priapismo de baixo fluxo, enquanto valores acima de 80mmHg sugerem priapismo de alto fluxo. Na avaliação hemodinâmica, quando se pensa em priapismo de alto fluxo, pode-se utilizar a ultra-sonografia com Doppler do pênis e a arteriografia seletiva. Nos casos de priapismo traumáticos de alto fluxo, a ultra-sonografia pode mostrar área anecóica e pulsátil dentro do corpo cavernoso e o Doppler revela área focal de fluxo turbulento, sugestiva de fistula artério-lacunar (*Mabjeesh NJ 1999*). A arteriografia não deve ser utilizada como método primário de diagnóstico ou como recurso de controle tardio. É indicada para estudo anatômico da fistula antes da embolização. **Na suspeita de priapismo de baixo fluxo**, devem ser realizados: hemograma, teste de afoçamento, eletroforese de hemoglobina. **Nos casos de priapismo de baixo fluxo** recidivante, quando houver suspeita de drogas ilícitas, recomenda-se a dosagem de metabólitos na urina.

Orientação terapêutica: o objetivo primário de qualquer modalidade de tratamento do priapismo é obter a detumescência com o máximo de rapidez, de modo a prevenir danos permanentes ao tecido cavernoso, enquanto o objetivo secundário refere-se ao alívio efetivo da dor. O tratamento medicamentoso deve sempre preceder aos procedimentos cirúrgicos. Importante: o paciente deve ser sempre esclarecido sobre os riscos de evoluir para Disfunção Erétil (*Lue TF 1986*).

Priapismo de baixo fluxo - **Tratamento medicamentoso**: as medidas terapêuticas são tomadas em função do tempo de priapismo decorrido. A primeira conduta de tratamento é a punção, aspiração do corpo cavernoso. Se na gasometria não houver acidose, injeta-se um agonista alfaadrenérgico (epinefrina, norepinefrina, fenilefrina, metaraminol). Caso não se disponha de gasometria, não se deve injetar agonistas alfaadrenérgicos. Em caso de anemia falciforme, além dos procedimentos assinalados, deve-se instituir tratamento específico (hiperidratação, oxigenação, alcalinização metabólica). Nos priapismos recidivantes, os pacientes podem ser treinados para a auto-injeção de agonistas alfa-adrenérgicos (fenilefrina) ou pode ser instituído o uso de

antiandrogênicos, análogos (GnRH) ou finasterida (*Mbjeesh NJ 1999*). **Tratamento cirúrgico:** o objetivo básico do tratamento cirúrgico é estabelecer fistulas entre o corpo cavernoso e o corpo esponjoso. As técnicas podem ser proximais e distais. Preferencialmente, devem ser utilizadas as fistulas de localização distal sob anestesia local ou bloqueio raquiomedular. Pode ser considerado o implante de prótese peniana em priapismo com mais de cinco dias de duração como outra opção de tratamento (*Lue TF 1986*).

Priapismo de alto fluxo: não requer tratamento imediato; pode ocorrer resolução espontânea; em estágios precoces, o tratamento com bolsa de gelo pode contribuir para equacionar o problema, uma vez que provoca vasoespasmos e trombose da artéria lesada; o tratamento de escolha é a embolização seletiva temporária da artéria lesada; o uso de azul de metileno não é recomendável, pois pode causar complicações, como abscessos e necrose de pênis; o tratamento cirúrgico do priapismo de alto fluxo não é recomendado (*Volkmer BG et al., 2001*).

3.2- DIAGNÓSTICO

É impossível um homem produzir uma ereção só pelo fato de querer, ou ela ocorre espontaneamente, ou à medida que ele recebe uma estimulação eficiente em condições ambientais satisfatórias, ou ela não ocorre, ou é perdida antes ou durante o ato sexual, como nos casos de impotência devido à interação de fatores orgânicos e/ou psicológicos (*Netto 1986*).

Segundo o mesmo autor, é importante averiguar se o paciente apresenta ereções durante o ato de masturbação ou se é impotente somente com a esposa, mas tem ereção normal com outra parceira – fica então evidente que o problema é meramente psicológico – não exigindo investigação física mais aprofundada. Isso mostra o quanto é necessário a exploração de todo o relacionamento conjugal.

Inadequação sexual não é necessariamente sintoma de problema neurótico ou psicótico subjacente, como se acreditava até a poucos anos. Observações e estudos clínicos mais recentes mostram que as maiores destas disfunções sexuais refletem uma série de outras limitações pessoais ou condições adversas da nossa cultura, onde predominou o sentimento de medo e vergonha em relação à função sexual ou a falta completa de informação a respeito da anatomia e fisiologia das relações sexuais (*Masters 1966*).

Na história clínica, há revelação se existe consumo constante de bebidas alcoólicas ou outras drogas, principalmente tranquilizantes e soníferos, usados de maneira abusiva nos dias atuais e que são capazes de interferir no mecanismo de ereção.

É fundamental dar atenção aos sinais indicativos de depressão (insônia, cansaço excessivo, labilidade ou baixa de humor, pois é uma das principais causas de disfunção erétil).

Nos casos onde jamais houve uma ereção (DE primária) impõe-se uma cuidadosa história de sexualidade infantil e das relações ou vínculos familiares.

É importante também observar se o paciente constata ereção ao acordar ou à noite. Além do exame físico é indispensável que todos os pacientes se submetam à sua investigação detalhada das funções: urológica, neurológica, vascular e endócrina, com testes da função tireoideana e gonadal e verificação do nível glicêmico e da tolerância à glicose.

Pode haver ainda a necessidade de outros exames ou testes, conforme os indiquem a história clínica e o exame físico.

O desenvolvimento de novas técnicas de investigação diagnóstica nestes casos tem aumentado o índice de causas orgânicas, mas ainda é predominante o percentual de causas psicológicas (*Netto JR 1986*).

3.3 – CAUSAS DE RISCO NA DISFUNÇÃO ERÉTIL (DE)

Estudos epidemiológicos descritivos e analíticos realizados nos últimos anos com levantamentos da prevalência e incidência da disfunção erétil em populações com características e idades diferentes, têm permitido identificar vários fatores de risco para a DE (*Benet AE 1995*).

Em decorrência de inúmeras variáveis que interagem de forma complexa e simultânea em indivíduos com DE, decorrente de fatores psicológicos e físicos, existem dificuldades em confirmar cientificamente alguns fatores de risco teoricamente esperados (*Boyle P 1999*).

Fatores de risco: **fatores de risco gerais, hormonal ou endócrino, tabagismo, diabetes melito, outras doenças crônicas, doenças cardiovasculares e hipertensão arterial, cirurgia e trauma.**

Fatores de risco gerais, são divididos em três categorias: saúde geral, status social e experiências sexuais.

Saúde geral: são relacionadas situações de estresse e alterações emocionais como fatores de risco. A prevenção de sintomas urinários é associada com ejaculação precoce e disfunção erétil;

Status social: mudanças do ponto de vista econômico dobram a possibilidade de disfunção erétil;

Experiências sexuais: várias situações resultam em risco aumentado de disfunção sexual. Homens vítimas de abusos sexuais na infância têm três vezes mais possibilidades de disfunção erétil (*Laudmann EO 1999*).

Hormonal ou endócrino: os níveis séricos de testosterona, prolactina, FSH e LH em homens de várias idades foram analisados em diferentes estudos na literatura (*Foster RS et al., 1990*). Existe na disfunção neuroendócrina 1% de homens impotentes, enquanto no hipogonadismo 19%, no hipotireoidismo 5%, no hipertireoidismo 1% e na hiperprolactinemia 4% em estudo de 188 pacientes com DE e média de idade de 60 anos (*Spark RF 1980*).

Existem evidências concretas de que o hipogonadismo, além de diminuir a libido, determina redução de ereção diurna espontâneas e das tumescências penianas noturnas (TPNs) existentes no período REM (rapid eye movement) do sono, como preservação das ereções processadas no SNC por ocasião de estímulos visuais e no jogo amoroso. Com o avançar da idade pode haver declínio androgênico, com impacto negativo na função sexual (*Tenover TL et al., 1998*).

Tabagismo: o uso do tabaco é claramente um fator de risco para DE (*Condra M et al., 1986*). O tabagismo é relacionado como fator de risco independente no desenvolvimento de lesões ateroscleróticas nas artérias pudenda interna e peniana comum em homens jovens com DE (*Rosen MP et al., 1991*). Em estudos feitos com grupos de pacientes, o tabagismo exacerbou o risco de impotência associado com doença cardiovascular e o uso de certos medicamentos. No entanto, no mesmo estudo o efeito geral do tabagismo não foi determinado com DE de 11% dos tabagistas e 9,3% de não-tabagistas (*Daniel JR 2000-2001*). As evidências de tal associação são devidas à consistência da relação do tabagismo com doença endotelial e reforçada pela associação da DE com outras alterações endoteliais (*Kevin T et al., 2001*).

Diabete melito: em estudos disponíveis na literatura, a prevalência de DE em diabéticos foi estimada entre 35% e 75% (*Hatzichristou DG et al., 1994*).

A DE ocorre em pelo menos 50% dos homens com diabetes melito com até dez anos de diagnóstico (*Whitehead ED 1990*).

Cada uma das repercussões da diabetes melito nos tecidos, como efeito nas pequenas artérias e arteríolas, desmielinização neurológica e deterioração da musculatura lisa sinusoidal, tem sido implicada como fator etiológico associado a dificuldade erétil (*Metro MJ 1999*).

Outras doenças crônicas: doenças neurológicas crônicas correlacionam-se com alto risco para DE.

A disfunção sexual é muito comum em doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, insuficiência renal crônica (em 40% dos pacientes, pela hiperprolactinemia, hipogonadismo, hiperparatireoidismo e deficiência do zinco), DBPOC – Doença Broncopulmonar Obstrutiva Crônica, talvez associada com a dependência do oxigênio para a síntese do óxido nítrico (Fletcher EC 1982). Foram recentemente relacionados os sintomas do trato urinário inferior com a DE (*Nehra A et al., 2002*).

Doenças cardiovasculares e hipertensão arterial: os fatores de risco cardiovasculares incluem hipertensão arterial, dislipidemia (hipercolesterolemia etc), diabetes, tabagismo, obesidade, sedentarismo etc. Todos eles estão relacionados à doença aterosclerótica, que pode afetar qualquer segmento arterial e, conseqüentemente, participar dos mecanismos responsáveis pela disfunção erétil. A DE, por sua vez, pode ser um elemento preditivo de doença arterial coronária – DAC (*Wabrek AJ 1990*).

Cirurgia e trauma: cirurgia e trauma no cérebro, medula espinhal e região pélvica, estão associados com aumento do risco de DE, podendo inclusive representar uma causa etiológica única. Nessas situações, podem ocorrer lesões da inervação ou suprimento arterial do pênis, afetando a ereção.

A radioterapia para o câncer de próstata também está relacionada com a DE, ainda que mais tardiamente comparada com os sintomas imediatos da cirurgia. Cirurgias e traumas da uretra membranosa também podem resultar em risco para DE (*Meinhardt W 1997*).

Nos efeitos das modificações dos fatores de risco, o comportamento sedentário é associado ao desenvolvimento de DE, com maior risco de disfunção para aqueles que permanecem sem atividade física adequada.

3.4 – ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Os estudos demonstram associações entre DE, doença cardíaca, doença vascular periférica e AVC, sugerindo que a DE pode ser um evento sentinela para a aterosclerose.

A DE compartilha de vários fatores de risco modificáveis com doença vascular, incluindo tabagismo, hipertensão e níveis lipídicos desfavoráveis. A obesidade, o comportamento sedentário e o alcoolismo crônico também têm implicações na gênese da DE. A relação entre DE e doença vascular sugere que os fatores de risco comuns podem ser alvos promissores para a prevenção (*Feldman HÁ et al., 1994*).

O envelhecimento é um importante fator de risco para DE. Um denominador comum para o envelhecimento, diabetes, aterosclerose e tabagismo, é a redução da eficácia da via ON/GMPc (óxido nítrico/guanosina monofosfato cíclico), sendo desejável o desenvolvimento de recursos mais eficazes para prevenir ou pelo menos minimizar essa interferência negativa na via ON/GMPc.

Os profissionais da área de urologia e psicologia recomendam evitar o fumo, manter níveis adequados de gordura e, em particular, de colesterol na dieta alimentar rotineira, praticar exercícios físicos regularmente, manter peso adequado, controlar doenças que interferem na DE atenção aos medicamentos com efeitos adversos sobre a função erétil, reduzir o estresse, aconselhamento, ajustamento de estilo de vida e modificação dos fatores de risco, incluindo medicações adversas, obesidade, consumo excessivo de álcool para a prevenção da DE e para ter um tratamento eficaz. A prevenção da DE por meio de mudanças dos fatores de risco requer intervenção precoce.

4 – DISFUNÇÃO ERÉTIL PSICOGÊNICA

É incomum a presença de um único fator etiológico no desenvolvimento de um quadro de disfunção erétil (DE). Na maior parte dos casos, ocorre uma complexa interação entre fatores de risco orgânicos, psíquicos e socioculturais. A disfunção erétil psicogênica é definida como aquela em que não se identifica nenhum componente orgânico causal (*Althof 2000*).

Sua prevalência é variável, segundo os diferentes estudos, dependendo de definições, tipo da amostra e métodos de avaliação adotados (*Laumann EO 1999*).

Etiologia: existem vários fatores de risco que concorrem para a DE psicogênica, cuja prevenção requer cuidados com:

Preocupação com o desempenho sexual (ansiedade de desempenho);

Sentimentos prejudiciais à libido (medos, culpa, hostilidade, timidez);

Conflitos de identidade sexual (masculina ou feminina), de preferência sexual (parafilias) e de orientação sexual (homo, hetero ou bissexualidade);

Conceitos equivocados acerca da sexualidade (mitos, tabus, expectativas irreais, entre outros);

Distorções ou insatisfação com a própria imagem corporal (tamanho do pênis, obesidade, ginecomastia, sinais de envelhecimento);

Alterações psíquicas por: estresse, abuso de drogas e/ou medicamentos, depressão ou ansiedade;

Eventos negativos ao longo da vida (perdas, separação, viuvez e dificuldades econômicas), trauma ou abuso sexual;

Dificuldades no relacionamento com a (o) parceira (o) (disfunções sexuais da (o) parceira (o), ausência de atração física/sexual, falta de comunicação, infidelidade, doenças e conflitos diversos).

Todos os itens acima relacionados também podem conduzir a prejuízo da auto-estima, reforçando o quadro de DE psicogênica (*Abdo CHN 2000*).

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia – SBU, na maior parte dos casos de DE, existe uma complexa interação de fatores de risco orgânicos, psíquicos e socioculturais. Nos casos de DE psicogênica, a causa também costuma ser multifatorial.

Diante do paciente com suspeita de DE, é preciso ter tempo, tranquilidade, saber e poder ouvir. Somente se pode ouvir quando o controle de nossas próprias ansiedades permite o necessário envolvimento com o paciente (*Perestrello A 1996*). Nessa anamnese é importante obter os seguintes dados: **natureza, duração e qualidade da ereção no presente e ao longo da vida; circunstâncias na qual a DE apareceu e se manteve; fatores de risco atuais e pregressos; reação do paciente diante da(o) parceira(o) e reação de ambos face à DE.**

A partir dos dados obtidos, o raciocínio a ser feito deverá permitir a identificação de: **DE primária ou secundária; fase (s) do ciclo da resposta sexual comprometida (s) :** desejo sexual, excitação, orgasmo, resolução; **fatores desencadeantes, mantenedores e agravantes da DE** (*Kaplan HS 1986*).

A anamnese é fundamental para o diagnóstico e o tratamento da DE psicogênica. Na orientação terapêutica o papel do urologista, é ter tempo, tranquilidade, saber ouvir e entender as queixas do paciente. Pois o mesmo, deve estar apto a diagnosticar, tratar e/ou encaminhar, quando for necessário, pacientes com queixas de DE psicogênica ocasionadas por: **preocupações com padrões de normalidade sexual; desconhecimento ou falta de informação sexual; inseguranças, medos, falhas ocasionais ou circunstanciais (ansiedade de desempenho).**

Para obter êxito no tratamento de casos desse tipo, além de ouvir é necessário entender e responder adequadamente às questões levantadas pelo paciente, de modo a: **desfocar a queixa do órgão sexual, dirigindo-a à pessoa do paciente; abster-se de críticas, induções e juízo de valores; considerar a possibilidade de suporte medicamentoso; orientar e reavaliar o paciente periodicamente (recomendam-se três a quatro consultas, a intervalos semanais ou quinzenais)** (Goldstein & Lue T 1998).

Em casos de DE psicogênica não enquadrados nos tópicos acima, o urologista deveria estar apto a encaminhar o paciente ao profissional adequado. Tal encaminhamento requer habilidade e empenho para lidar com eventuais resistências: **preconceito contra profissionais de saúde mental; desconhecimento dos tipos de tratamento disponíveis, insistência no vínculo com o urologista** (SBU 1998).

O paciente deverá ser encaminhado somente após a confirmação de que seu quadro envolve aspectos psíquicos e requer tratamento. A partir da identificação da fase do ciclo de resposta sexual em que ocorre a falha de ereção, de sua(s) causa(s), dos fatores responsáveis por sua manutenção e das possíveis comorbidades psíquicas, o tratamento indicado poderá incluir: **medicamentos (antidepressivos, ansiolíticos e neurolépticos) e/ou, psicoterapia individual e/ou de grupo, focada na sexualidade (técnicas breves-quatro a seis meses) e/ou, terapia de casal (quatro a seis meses)** (Rosen RC 2001).

A anamnese psiquiátrica é de fundamental importância para avaliar possível psicopatologia subjacente ao problema sexual e que necessitaria de tratamento específico para evitar a erupção de surto psicótico de base depressiva no decorrer do tratamento sexual (Masters & Johnson 1966). Na maioria das vezes, a DE psicogênica deve ser tratada de forma multidisciplinar.

5 – CONCLUSÃO

A Disfunção Erétil é uma particularidade da disfunção sexual, que se define como a incapacidade persistente de obter e manter uma ereção suficiente para uma função sexual satisfatória. Embora não seja uma ameaça à vida, essa disfunção sexual não deve ser considerada uma desordem benigna, já que pode afetar negativamente o relacionamento interpessoal e comprometer o bem estar e a qualidade de vida de homens e mulheres. Esta incapacidade pode ser causada por diversos fatores, orgânicos ou psicológicos. Ressalta-se ainda que através de estudos científicos avançou-se muito no entendimento da fisiologia da ereção, facilitando a terapêutica da DE, por meios de tratamentos medicamentosos, terapia sexual, estratégias de prevenção, e outros.

Deduzo, ao término deste trabalho, o sucesso dos objetivos alcançados, que contribuíram para o entendimento social, pois o tema procura dissimular e informar em relação à sexualidade humana que é um fenômeno complexo, pois a sociedade sempre considerou como algo vergonhoso e imoral, chegando o comprometimento da sexualidade a acarretar as chamadas disfunções sexuais.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDEL-SALAN Y, BUDAIR, Z, RENNER, C et al. *Treatmen of Peyronie's disease by extracorpored shockxave therapy: evaluation of our preliminary results*, J Endourol, 1999. p. 13-549.
- ABDO, C.H.N. (org). *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2ª ed, Lemos Editorial, São Paulo, SP, 2000.
- ALTHOF, S. *The patient with erectile dysfunction psychological issues*. Nurse Pract, 2000; (Suppl.): 11-3.
- ANDERSSON, K.E. *Neurophysiology/pharmacology of erection*. Int J Impot Res, 2001; 13(suppl 3):S8-17.
- ARRONDO, J.L. *Anatomophysiology of rjaculation*. Arch Esp Urol, 1966; 49(3): 209.
- BENET, A.E. Melman A. *The epidemiology of erectile dysfunction*. Urol Clin North Am, 1995; 22: 699-709.
- BERNARDI, M. *Deseducação Sexual*. Summes, São Paulo, SP, 1985. p.25.
- BRANDÃO, M.L. *Psicofisiologia*. Editora Atlas, São Paulo, SP, 1989. 275p.
- CONDRA, M., SURRIDGE, D.H., MORALES, A. et al. *Prevalence and significance of tobacco smoking in impotence*. Urology, 1986; 27: 495-8.
- DANIEL J.R. *HDL and it's metabolism. A marker or a target*. Baylor College of Medicine, 2000-2001.
- DEVINE, J.R. Cj. Sommers KD, Jordan SG et al. *Proposal: trauma as the cause of the Peyronie's lesion*. J Urol, 1957; 157: 258.

DEWAN, P.A., TAN, H.L., AULDIST, A.W. et al. *Priapism in childhood*. Br J Urol, 1989; 64: 541.

DIEGELMANN, R.F. *Cellular and biochemical aspects of normal and abnormal wound healing: an overview*. J Urol, 1957; 157: 298.

DUNCAN, M.R., BERMAN, B., NSEYO, U.O. *Regularion of the proliferation and biosynthetic activies of culture human Peyronie's disease fibroblasts by inetrfeons-alpha, beta and- gamma*. Scand J Urol Nephrol, 1991; 28: 236.

EDNEY, M.T., SCHNED, A.R., CENDRON, M., CHAFFE, S., ELLSWORTH, P.I. *Priapism in a 25-year-old boy whit congenital dyserthropoietic anemia typeII(hereditary erythroblastic multinuclearity with positive acidified serum lysis tese)*, J Urol, 2002; 167: 309-10.

EHRLICH, H.P. *Scar contracture: dellular and connective tissue aspects in Peyronie's disease*. J Urol, 1997, 157: 316.

ELAND IA, V.J., STRICHER, B.H., STUEKENBOOM, M.J. *Incidence of pharmacologically induced priapism in the diagnostic and therapeutic management of 685 men with erectile dysfunction*. Urol Int, 2001; 66(1): 27-9.

FELDMAN, H.A., GOLDSTEIN, I., HATZICHRISTOU, D.G. et al. *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. J Urol, 1994; 151: 54-61.

FLETCHER, E.C., MARTIN, R.J. *Sexual dysfunction and erectile impotence in chronic obstructive pulmonary disease*. Chest, 1982; 81: 416.

FOSTER, R.S., MULCAHY, N., CALLAGHAN, J.T. et al. *Role of serum prolactin determination in evaluation of impotent patient*. Urology, 1990; 36: 499-501.

- GELBARD, M.K. *Dystrophic penile calcification in Peyronie's disease*. J Urol, 1988; 139: 738.
- GOLDSTEIN, I., BASTUVA, M.D., TEJADA, I.S., DINLENC, C.Z., SARAZEN, A., KRANE, R.J. *Arterial priapism: diagnosis treatment and long-term followup*, J Urol, 1994; 151: 1231-7
- GRAZITTIN, T.M., RESPLANDE, J., GHOLAMI, S. et al. *Peyronie's disease*. Braz J Urol, 2001; 27: 326
- HATZICHRISTOU, D.G., SEFTEL, A., SAENZ, D., TEJADA, I. Sexual dysfunction in diabetes and other autonomic neuropathies. In: Singer C, Weiner WJ (eds.), *Sexual dysfunction: a neuro-medical approach armonk: Futura Publishing Company*, 1994; 167-98.
- HERLIHY, B., MAEBIUS, N. K. Anatomia e fisiologia do corpo humano saudável e enfermo. Manole, São Paulo, SP, 2002.
- HUSAIN, J., LYNN, N.N., JONES, D.K. et al. *Extracorporeal shock wave therapy in the management of Peyronie's disease: initial experience*. BJU Int, 2000; 86: 466.
- KAPLAN, H.S. *The Psychosexual dysfunctions in psychiatry*. Philadelphia JB Lippincott, 1986.
- KORENMAN, S.G., MORLEY, J.E., MOORDIAN, A.D. et al. *Secondary hypogonadism in older men: its relation to impotence*. J Clin Endo and Met, 1990; 71: 963-9.
- LAUMANN, E.O., PAIK, A., ROSEN, R. *Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictions*. JAMA, 1999; 281(6): 537-44.
- LUE, T.F., GELBARD, M.K., GUEGLIO, G. et al. Peyronie's disease. In: *Erectile dysfunction*(2000). Proceedings of the first international consultation on erectile dysfunction co-sponsored by W.H.O. and I.V.E.D. Edited by A. Jardim, G. Wagner, S. Khoury et al. Oxford: Health Publication Ltd., 2000, p. 437.

MABJEESH, N.J., SHEMESH, D., ABROMOWITZ, H.B. *Posttraumatic high flow priapism: kiagnosis using duplex guided compression*. J Urol, 1999; 161: 215-6.

MEINHARDT, W., KROPMAN, R.F., VERMEIJ, P., LYCKLAMA, A., NIJJEHOLT, A.A.B., ZWARTENDIJK, J. *The influence of medication on erectile function*. Int J Imp Research, 1997; 9: 17-26.

MELMAN, A., SERELS, S. *Priapism*. Int j Impot Res, 2000: 12(suppl.4): S133-9.

METRO, M.J., BRODERICK, G.A. *Diabetes and vascular impotence: does insulin dependence decrease the relative severity?* Int J Impotence Res, 1999; 11: 87-9.

MIKHAILIDIS, D.P., JEREMY, J.Y. *Smoking and erectile impotence*. Int Angiology, 1993; 12: 297-8.

NEHRA, A., PRYOR, J., ALTHOF, S.E. et al. *Second International Conference on Management of Erectile Dysfunction: new perspectives on treatment*. In J Imp Res, 2002; 14 (1): S2.

NETTO JÚNIOR, N. R. *Urologia: Fundamentos para o clínico*. Savier, São Paulo, SP, 2000.

PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996; 4ª edição.

ROSEAN, M.P., GREENFIELD, A.J., WALKER, T.G. et al. *Cigarette smoking: an independent risk factor for atherosclerosis in the hypogastric-cavernous arterial bed of men with arteriogenic impotence*. J Urol, 1991; 145: 759-63.

ROSEN, R.C. *Psychogenic erectile dysfunction: classification and massagement*. Urol Cln Northe Am, 2001; 28(2): 269-78.

- SLAG, M.F., MORLEY, J.R., ÉLSON, M.K. et al. *Impotence in medical clinic outpatients*. JAMA, 1983; 249: 1736-40.
- SOMERS, K.D., DAWSON, D.M. *Fibrim deposition in Peyronie's disease plaque*. J Urol, 1997;157:311.
- SPARK, R.F., WHITE, R.A, CONNOLLY, P.B. *Impotence is not always-psychogenic. Newer insights into the hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction*. JAMA, 1980; 243: 750-6.
- TEJADA, I.S., ALMAGRO. A.A. *Erección, Eyaculación y sus transtornos*. Fomento Salud SL, 1997: 13-31.
- TENOVER, J.L. The male climateric. Fact or fiction? In: *Erectile dysfunction: issues in current pharmacotherapy*, Moraes A (ed.) London: Martin Dunitz, 1998; 39-48.
- VAN DE WATER, L. *Mechanisms by which fibrin and fibronectin appear in healing wounds: implications for Peyronie's disease*. J Urol, 1997; 157:306.
- WABREK, A.J., BURCHELL, R.C. *Male sexual dysfunction associated with coronary artery disease*. Arch Sex Beba, 1990; 9: 69-75.
- WEGNER, H.E., ANDRESEN, R., KNIPSEL, H.H. et al. *Treatment of Peyronie's disease with local inetferon-alpha 2b*. Eur Ural, 1995; 28: 236.
- WHITEHEAD, E.D., KLYDE, B.J. *Diabetes-related, impotence in the elderly*. Clin Geriatric Med, 1990; 6: 771-95.
- WILLIAMS, J.L., THOMAS, G.G. *The natural history of Peyronie's disease*. Proc R Soc Med, 1968; 61: 876.

WROCLAWSKI, E.R.; TORRES, L.O..*Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil*. Reunião de Diretrizes Básicas em Disfunção Erétil e Sexualidade da Sociedade Brasileira de Urologia - SBU -Sociedade Brasileira de Urologia, B.G. Cultural, São Paulo, SP, 2002.